

行動通知

STATE OF CALIFORNIA HEALTH AND
HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES

家庭護理服務 (IHSS)
核准通知 (接續)

郡名：

通知日期：

案件名稱：

案件編號：

行動通知

STATE OF CALIFORNIA HEALTH AND
HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES

郡名：
通知日期：
案件名稱：
案件編號：

您必須立即將可能影響您家庭護理服務 (IHSS) 資格或需求的任何變化告知所在的郡，包括任何收入、資產、居住安排、醫療狀況或工作能力的變化。如果您存有任何疑問或者認為應考慮更多因素，請致電您的社工。

規則：適用的「政策與程序手冊」(MPP) 部分顯示於上方並且可在您當地的家庭護理服務 (IHSS) 辦公室檢視。

問題？請聯絡您的家庭護理服務 (IHSS) 社工。

州聽證：如果您認為本行動是錯誤的，您可以要求聽證。本通知包含的「州聽證權」插頁介紹了聽證方法。